



CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DES GARDIENS, CONCIERGES ET EMPLOYÉS D'IMMEUBLES

CONDITIONS GÉNÉRALES

« RÉGIME DE FRAIS DE SANTÉ »

(Référencées CG-CCN Gardiens d'Immeubles-SANTÉ- juin 2015)

À effet du 1^{er} janvier 2018

SOMMAIRE

TITRE I ADHÉSION AU CONTRAT	3
ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 – FONDS DE SOLIDARITE	3
ARTICLE 3 – ADHÉSION	3
ARTICLE 4 - DURÉE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUVELLEMENT	3
ARTICLE 5 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	4
ARTICLE 6 - BÉNÉFICIAIRES	5
TITRE II GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	7
ARTICLE 7 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE	7
ARTICLE 8 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	7
ARTICLE 9 – RISQUES EXCLUS	10
ARTICLE 10 - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	11
TITRE III DISPOSITIONS GÉNÉRALES	14
ARTICLE 11 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN	14
ARTICLE 12 –CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS	15
ARTICLE 13 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTÉ	15
ARTICLE 14 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 15 - PAIEMENT DES COTISATIONS	17
ARTICLE 16 - RÉVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L’INSTITUTION	18
ARTICLE 17 - RÉSILIATION DU CONTRAT D’ADHÉSION	18
ARTICLE 18 - RECOURS - PRESCRIPTION	18
ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES	19
ARTICLE 20 - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION	20
ARTICLE 21 - CONTRÔLE DE L’INSTITUTION	20
POUR MIEUX SE COMPRENDRE	21
L’ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE	22

TITRE I

ADHÉSION AU CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Les partenaires sociaux de la Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles (dénommée ci-après « la Convention collective ») ont signé un accord paritaire national en date du 6 décembre 2013 modifié, instaurant un régime de Frais de Santé obligatoire au profit du personnel de la branche, quelle que soit son ancienneté.

L'employeur, ci-après dénommé « l'Adhérent » relevant de la Convention Collective Nationale des Gardiens, Concierges et Employés d'Immeubles, adhère au contrat d'assurance collective du régime de Frais de Santé mis en œuvre par Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité Sociale, dont le siège social est à PARIS (75014) 29 boulevard Edgar Quinet, ci-après dénommée « l'Institution ».

Les présentes Conditions Générales ont pour objet de définir les conditions d'adhésion des employeurs ainsi que des modalités d'affiliation du personnel au contrat.

Elles organisent également la mise en place de l'extension facultative et individuelle des ayants-droit des salariés.

ARTICLE 2 – FONDS DE SOLIDARITE

Outre la mise en place d'une couverture collective et obligatoire « frais de santé », votre Convention collective institue un fonds de prévention et d'action sociale dédié aux entreprises adhérant à l'Institution permettant la mise en place d'un dispositif d'accompagnement social et d'assistance psychologique à caractère confidentiel et en faveur des salariés rencontrant des difficultés personnelles de nature à affecter leur situation professionnelle.

Le financement des prestations servies par le fonds social est fixé à 0.034 % du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale. Cette cotisation est incluse dans la cotisation servant au financement du contrat d'assurance collective du régime frais de santé.

Une alimentation supplémentaire, ainsi que des actions de solidarité et de prévention complémentaire au Dispositif d'accompagnement social et d'assistance psychologique élargissent le fonds de solidarité au 1^{er} janvier 2018.

ARTICLE 3 – ADHÉSION

Afin d'adhérer au contrat d'assurance collective du régime, ci-après dénommé « contrat », l'employeur devra retourner à l'Institution le bulletin d'adhésion, dûment rempli, daté et signé.

L'adhésion est acquise à l'employeur, ci-après dénommée « l'Adhérent » à la date d'effet indiquée au bulletin d'adhésion contresigné et retourné à l'employeur.

Le bulletin susvisé accompagné des présentes Conditions Générales forment le contrat d'adhésion de l'Adhérent.

ARTICLE 4 - DURÉE DU CONTRAT D'ADHESION - RENOUVELLEMENT

Le contrat d'adhésion de l'employeur expire le 31 décembre de l'année de l'adhésion. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une ou par l'autre des parties effectuée par lettre recommandée moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

Pour être valide, la notification de dénonciation doit donc être envoyée au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi, pour ne prendre effet qu'au 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

ARTICLE 5 - CONDITIONS D’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

4.1 Obligations de l’Adhérent :

L’Adhérent devra obligatoirement :

1. Affilier l’ensemble de ses salariés, quelle que soit leur ancienneté, sous contrat de travail à la date d’effet du contrat d’adhésion, sous réserve des cas de dispenses d’affiliation mentionnés à l’article 8 de l’Accord de prévoyance conventionnel modifié.
2. Communiquer à l’Institution la Déclaration d’Affiliation visée ci-dessous dûment renseignée par chaque participant, dans un délai de trente jours suivant la date d’effet du contrat d’adhésion.
3. Déclarer à l’Institution tout salarié qui, au cours du contrat d’adhésion, entre dans la catégorie de salariés assurée.
4. Déclarer à l’Institution tout salarié qui, au cours du contrat d’adhésion, quitte l’employeur notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite ou qui sort de la catégorie de salariés assurée, en précisant la date et le motif du départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les trente jours du départ de l’entreprise ou du changement de catégorie du salarié.
5. Déclarer à l’Institution tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait bénéficier du maintien de son affiliation en application de l’article 10 ci-après.
6. Déclarer trimestriellement, à l’Institution, par le biais des appels de cotisations, l’effectif et la masse salariale brute correspondant au total trimestriel des rémunérations brutes des salariés affiliés au présent contrat, ventilée par tranches soumises à cotisations sociales.
7. Communiquer annuellement à l’Institution, au plus tard le 31 janvier de l’année N + 1, un état nominatif annuel des salaires par voie dématérialisée.

4.2 Information des Participants

L’Adhérent reconnaît avoir été informé par l’Institution des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l’article L. 932-6 du Code de la Sécurité Sociale, en sa qualité de souscripteur du contrat.

Conformément à ces dispositions, l’Adhérent s’engage à remettre à chaque participant la notice d’information qui lui a été communiquée par l’Institution.

L’Adhérent s’engage à porter à la connaissance de chacun d’eux, par écrit, les modifications des garanties, notamment en leur remettant l’addenda modificatif de ladite notice ou la nouvelle notice d’information rédigée par l’Institution.

L’Adhérent est seul responsable à l’égard du participant en l’absence de remise de la notice d’information ou de l’addenda modificatif de celle-ci.

4.3 Affiliation des membres du personnel

Le contrat d’adhésion entraîne l’affiliation, à titre obligatoire, sous réserve des cas de dispenses d’affiliation mentionnés à l’article 8 de l’Accord de prévoyance modifié, de chaque membre du personnel de l’Adhérent, quelle que soit son ancienneté.

Pour le présent contrat, chaque salarié ainsi affilié est appelé « Participant ».

Lors de l’adhésion de l’employeur, chaque participant appartenant à la catégorie assurée renseigne et signe la Déclaration d’Affiliation établie par l’Institution.

Il y précise notamment son état civil et, le cas échéant, celui de ses ayants-droit.

ARTICLE 6 - BÉNÉFICIAIRES

Le conjoint et les enfants à charge du participant tels que définis ci-dessous, peuvent être couverts par une extension facultative souscrite individuellement par chaque participant.

6.1 Définition des bénéficiaires

Définition du conjoint

Est considéré comme conjoint :

- le conjoint du participant marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestation,
- le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (Pacs),
- le concubin du participant vivant maritalement sous le même toit, sous réserve que le concubin et le participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps judiciairement, que le concubinage ait été établi de façon notoire depuis plus d'un an et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union, ou lorsque le fait générateur de la prestation est d'origine accidentelle.

Définition des enfants à charge

Sont réputés à charge du participant, les enfants reconnus ou adoptés, ainsi que ceux de son conjoint, à condition que le participant ou son conjoint ait l'enfant en résidence ou s'il s'agit d'enfants du participant que celui-ci participe effectivement à leur entretien par le service d'une pension alimentaire.

Les enfants ainsi définis doivent être :

- âgés de moins de 18 ans ;
- âgés de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - o s'ils poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre au régime de Sécurité Sociale des étudiants,
 - o ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre à Pôle Emploi,
 - o ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - o ou s'ils se livrent à une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au Revenu de Solidarité Active mensuel ;
- quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^{ème} anniversaire ;
- nés ou à naître dans les 300 jours suivant le décès du participant, si ce dernier est le parent légitime.

6.2 Conditions d'affiliation et de modification des bénéficiaires

Le participant déclare à l'Adhérent et à l'Institution les ayants-droit dont il entend assurer la couverture. Cette déclaration a lieu à l'occasion de l'affiliation du participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, le participant peut affilier ou modifier les bénéficiaires :

- à l'occasion d'une modification de la situation familiale ;
- chaque 1^{er} janvier, sous réserve que le Participant en fasse la demande auprès de l'Institution au plus tard le 30 novembre de l'année précédente.

En tout état de cause, le participant est tenu d'apporter les pièces justifiant sa situation et celle de ses ayants-droit à l'Institution et de s'acquitter des cotisations afférentes.

Justificatifs à fournir

Le participant doit joindre avec la Déclaration d'Affiliation, selon sa situation :

- la copie du livret de famille ;
- la copie du certificat de mariage ;
- l'attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité ;
- l'attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et la photocopie du dernier avis d'imposition ;
- pour les enfants à charge selon leur situation :
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire,
 - la carte d'invalidité.

Outre ces justificatifs, la déclaration d'affiliation doit être accompagnée de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ou de la carte d'assuré au régime de Sécurité Sociale obligatoire en vigueur à la date d'affiliation, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro.

L'Institution se réserve le droit de demander au participant toutes autres pièces justificatives.

Le participant s'engage à informer l'Institution de toute modification de sa situation ou celle de l'un de ses ayants-droit ne permettant plus à ce dernier d'avoir la qualité de bénéficiaire.

6.3 Cessation de l'affiliation des bénéficiaires

L'affiliation des bénéficiaires prend fin en cas de cessation de l'affiliation du Participant.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les bénéficiaires ne remplissent plus les conditions posées à l'article 6.1 ci-avant ;
- au premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de résiliation accompagnée de l'attestation de l'organisme assureur, pour les bénéficiaires justifiant par la suite d'une couverture à titre obligatoire ;
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le participant demande la résiliation du bénéficiaire. Cette demande doit être adressée à l'Institution au plus tard le 31 octobre de la même année par lettre recommandée. La demande adressée à l'Institution après le 31 octobre est de nul effet. Le cas échéant, elle doit être renouvelée avant le 31 octobre de l'année suivante pour prendre effet au 31 décembre de cette même année.

TITRE II

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 7 – CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le présent contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de « Contrat Solidaire » et de « Contrat Responsable ».

Le contrat respecte le cahier des charges du « Contrat Responsable » tel que défini aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-1-2 du Code de la Sécurité Sociale.

À ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires futures, **l'Institution ne rembourse pas :**

- **Conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité Sociale, la participation forfaitaire due par le Participant et ses ayants-droit pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale.**
- **Conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité Sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Santé Publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité Sociale).**
- **Conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, la majoration de la participation supportée par le participant et ses ayants-droit lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**

Le présent contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au « Contrat Responsable » ou au « Contrat Solidaire ».

ARTICLE 8 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Les garanties du contrat, adaptées au cahier des charges du contrat responsable, figurent en annexe I des présentes Conditions Générales.

8.1 Objet et conditions des garanties

Les garanties Frais de Santé ont pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux exposés par les participants, en complément des remboursements de la Sécurité Sociale française effectués au titre de l'assurance maladie et de l'assurance maternité, sous réserve de l'application des risques exclus mentionnés à l'article 9 ci-après et des frais non pris en charge visés à l'article 7 ci-avant.

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité Sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'Institution prend en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R. 322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité Sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont donc remboursés selon les conditions des présentes Conditions Générales, lorsqu'ils sont prévus.

Si le conjoint, le partenaire lié au participant par un PACS ou le concubin est affilié à un régime de base de Sécurité Sociale différent du régime général (régimes spéciaux ou régime agricole), les remboursements de la Sécurité Sociale sont rétablis sur la base des taux du régime général de la Sécurité Sociale s'ils sont supérieurs.

Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre de présent régime sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Par dérogation, certains frais inscrits à la nomenclature, mais non pris en charge par la Sécurité Sociale, peuvent donner lieu cependant à un remboursement par l'Institution dans les conditions fixées au tableau des garanties annexé aux présentes Conditions Générales.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Donnent lieu à remboursement, selon les modalités prévues au tableau des garanties, les frais suivants :

Il est précisé que suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

- « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »,
- « OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique) »,
- Et « non OPTAM / non OPTAM CO ».

Toutefois, le Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, celui-ci s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Il y aura donc coexistence durant cette période, des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM / OPTAM-CO.

HOSPITALISATION EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- **Hospitalisation chirurgicale :**
 - frais chirurgicaux proprement dits.
- **Hospitalisation médicale :**
 - pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence **au 1^{er} jour d'hospitalisation**.
 - Pour les frais de chambre particulière et de lit d'accompagnant, la prise en charge est limitée à :
 - **365 jours,**
 - **180 jours en cas de séjour en psychiatrie,**
 - **30 jours par séjour en maison de santé pour maladies nerveuses et mentales,**
 - **30 jours par année civile en cas de séjour d'un enfant en maison à caractère sanitaire ou en maison de cure thermale.**

À l'expiration de cette période de 365 jours, 180 jours ou 30 jours à l'exception de la limitation par année civile, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une **interruption d'hospitalisation entre 2 séjours supérieure à 90 jours continus** et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la Liste des Produits et des Prestations (LPP) facturables et spécialités pharmaceutiques).
- Honoraires : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire.
- Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours, à 180 jours ou à 30 jours selon le séjour**).
- Forfait hospitalier.
- Lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de **moins de 12 ans**

bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours, à 180 jours ou à 30 jours selon le séjour**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

PRATIQUE MÉDICALE COURANTE EN SECTEUR CONVENTIONNÉ ET NON CONVENTIONNÉ :

- **Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)**
- **Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,**
- **Frais d'analyse et de laboratoire,**
- **Actes médicaux réalisés par un spécialiste ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),**
- **Radiologie et Ostéodensitométrie réalisées par un médecin ayant signé ou non les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO)**

MÉDECINE ALTERNATIVE : par dérogation à l'article 8.1, peuvent être pris en charge les actes effectués par les praticiens suivants tels que mentionnés au tableau des garanties.

Les actes doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'Etat, inscrits au registre préfectoral et exerçant en France soit :

- les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession ;
- les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC) ;
- les acupuncteurs doivent être médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

PHARMACIE :

- **Frais pharmaceutiques remboursés en tout ou partie par la Sécurité Sociale,**
- **Traitement anti-tabac sur prescription médicale,**
- **Vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale sur prescription médicale.**

TRANSPORT :

- **Frais de transport pris en charge par la Sécurité Sociale.**

OPTIQUE :

- **Équipement optique remboursé par la Sécurité Sociale (deux verres, une monture) :** les prestations dépendent du degré de correction (dioptrie).

La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans, période réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue.

Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement par le participant. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verre et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

- **Lentilles cornéennes prises en charge par la Sécurité Sociale,**
- **Lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale (y compris lentilles jetables),**
- **Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie).**

DENTAIRE :

- **Soins dentaires remboursés par la Sécurité Sociale :** soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie ;
- **Inlays – Onlays remboursés par la Sécurité Sociale ;**
- **Inlays core pris en charge par la Sécurité Sociale ;**
- **Implantologie :** implant, pilier implantaire ;

- **Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale :**
 - couronnes, bridges et inter de bridges,
 - couronnes sur implant,
 - prothèses dentaires amovibles,
 - réparations sur prothèses ;
- **Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale :**
 - couronnes et bridges
 - prothèses dentaires provisoires
 - réparations (sauf les réparations à caractère esthétique)
- **Orthodontie prise en charge par la Sécurité Sociale.**

APPAREILLAGES:

- **Orthopédie et autres prothèses,**
- **Prothèses auditives.**

ALLOCATIONS FORFAITAIRES :

- **Maternité :** une allocation, destinée à rembourser forfaitairement l'ensemble des frais afférents à la naissance, est versée pour la naissance d'un enfant du participant, déclaré à l'état civil.

Par assimilation, pour l'adoption d'un enfant de moins de 10 ans par le participant, la même allocation est versée.

Seule la naissance d'un enfant du participant (qu'il soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption, l'enfant doit être adopté par le participant lui-même.

- **Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale :** Les frais de cure thermale (forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais de transport et d'hébergement), acceptés par la Sécurité Sociale.

PRÉVENTION :

L'Institution prend en charge les actes de prévention suivants :

- un détartrage annuel complet sus et sous gingival des dents, effectué en 2 séances maximum,
- le dépistage de l'hépatite B,
- Consultation prescrite par un médecin chez un diététicien pour un enfant de moins de 12 ans,
- examen de dépistage de l'ostéoporose passé entre 45 et 59 ans.

8.2 Soins engagés hors de France

L'Institution garantit les dépenses de soins ou interventions engagées à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de même nature avec le régime français.

Séjours temporaires à l'étranger, salariés détachés, résidents à l'étranger

L'Institution intervient dès lors que les participants bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité Sociale française ou par le régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil.

Dans les deux cas elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues par le contrat.

Le contrat ne couvre pas les salariés expatriés.

Justificatifs

L'Institution peut prendre en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées et acquittées des soins, éventuellement traduites, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

ARTICLE 9 – RISQUES EXCLUS

**Ne donnent pas lieu aux garanties définies à l'article 8 les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique.
Ces exclusions ne s'appliquent pas aux actes mentionnés à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité**

Sociale.

En aucun cas, l'Institution ne prendra en charge les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité Sociale ou pratiqués par un professionnel de santé non autorisé à effectuer de tels dépassements.

Le fait que l'Institution ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 10 - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

10.1 Services de Tiers Payant

L'Institution met à la disposition des bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais dans la limite des remboursements prévus aux tableaux des garanties.

Une carte nominative comportant les garanties concernées sera remise à chaque bénéficiaire, assuré social à titre personnel. Elle permettra l'obtention du tiers payant auprès des professionnels de santé ayant passé une convention avec un prestataire de services choisi par l'Institution.

Le bénéficiaire qui n'utilise pas sa carte de tiers payant doit demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursé par l'Institution.

PRISE EN CHARGE OPTIQUE

L'opticien adresse une demande de prise en charge auprès du gestionnaire de ce service, si le bénéficiaire profite de celui-ci. La prise en charge est limitée aux garanties souscrites mentionnées aux tableaux des garanties figurant en annexe.

10.2 La prise en charge hospitalière

Dès qu'il a connaissance de l'hospitalisation d'un bénéficiaire en établissement conventionné avec la Sécurité Sociale, le participant en informe l'Institution qui lui délivrera une attestation de prise en charge.

Cette attestation de prise en charge dispensera le bénéficiaire de tout paiement des frais d'hospitalisation, dans la limite du contrat et en tout état de cause **dans la limite de 300 % de la Base de Remboursement** pour les honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire, à l'exception des frais personnels.

Si l'hospitalisation n'a donné lieu à aucune prise en charge par l'Institution, le bénéficiaire règle son séjour hospitalier à l'établissement.

10.3 Demandes de Remboursement

- **Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-dessous doivent être produites à l'Institution dans un délai maximum de deux ans suivant la survenance des soins ou du décès par le bénéficiaire. À défaut, le bénéficiaire se voit opposer la prescription visée à l'article 18 ci-après.**
- Les bénéficiaires et l'Adhérent sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du contrat, de fournir à l'Institution les déclarations et pièces justificatives listées ci-après.

L'Institution se réserve le droit de demander au participant toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment des spécificités des garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du bénéficiaire de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse, l'Institution n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à des soins réels.

- Il appartient aux bénéficiaires d'informer l'Institution de toute modification de ses coordonnées bancaires, **notamment en cas de modification de la situation familiale (instance de divorce, procédure en cours**

de rupture du PACS ou de séparation des concubins, succession).

10.4 Justificatifs et contrôle

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention de Monsieur le Médecin-conseil – Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers-payant.

Le service médical de l'Institution peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par l'Institution ou par le bénéficiaire lui-même en cas de fraude avérée.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de l'Institution se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du participant. L'Institution peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après le paiement des prestations, **y compris après résiliation du contrat.**

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'État et inscrits sur des registres nationaux.

L'Institution se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, numéro d'inscription Adeli, etc...).

En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donnent pas lieu à prise en charge.

10.5 Les justificatifs à fournir par le participant pour ses demandes de remboursement

	Bénéficiaire NOEMIE
Hospitalisation chirurgicale ou médicale Etablissement conventionné ou non conventionné	Sans demande de prise en charge : facture originale acquittée de l'établissement hospitalier (forfait hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement...)
Soins courants (consultation, visite, pharmacie, soins dentaires, pratique médicale courante,...)	Aucun document
Médecine alternative	Note d'honoraires originale du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, mention...)
Optique - Traitements chirurgicaux des troubles visuels	Facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - soit la nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ; - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent. Prescription médicale pour les lentilles cornéennes non prises en charge par la Sécurité Sociale. Note d'honoraires originale du praticien détaillant le nombre d'œil opéré

Prothèses dentaires – Orthodontie - Prises en charge ou non prises en charge par la Sécurité Sociale	Imprimé type de l'Institution et/ou facture détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la Nomenclature de la Sécurité Sociale. *
Maternité	Photocopie du livret de famille ou extrait d'acte de naissance ou acte d'enfant sans vie
Adoption	Photocopie du certificat définitif d'adoption
Cure thermale	Facture acquittée du séjour
	Non Bénéficiaire Noémie
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale Justificatifs ci-dessus

* Le participant peut transmettre à l'Institution, pour avis préalable sur le montant de sa prestation, un devis détaillé du praticien indiquant la codification des actes.

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité Sociale : facture originale acquittée.

En cas de tiers payant avec la Sécurité Sociale mais sans tiers payant avec l'Institution : Facture acquittée du Ticket Modérateur.

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 11 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES – SUSPENSION ET CONDITIONS DE MAINTIEN

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties du contrat souscrit par l'employeur prennent effet immédiatement à compter de la date d'effet du contrat d'adhésion, pour les participants présents à cette date quelle que soit leur ancienneté.

Les garanties étendues aux membres de sa famille prennent effet :

- au plus tôt, à la même date d'affiliation que le participant, lorsque ce dernier a exprimé son choix d'étendre les garanties à sa famille,
- à la date de l'évènement dans le cas d'une affiliation suite à un changement de situation familiale,
- et dans les autres cas, au 1^{er} janvier, sous réserve que le participant en fasse la demande auprès de l'Institution avant le 30 novembre de l'année précédente.

CONDITIONS DE SUSPENSION DES GARANTIES

- ***Suspension du contrat de travail rémunérées ou indemnisées***

Le bénéficiaire du contrat est maintenu au profit des participants dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée, par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre du présent contrat ou par la perception d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

Ce maintien donne lieu à paiement des cotisations prévues en annexe II des présentes Conditions Générales.

- ***Suspension du contrat de travail non rémunérées ou non indemnisées***

Les participants dont le contrat de travail est suspendu et qui ne bénéficient d'aucun maintien de salaire ni perception d'indemnités journalières complémentaires comme par exemple les salariés en congés sans solde (congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise, congé de formation ...) ou les salariés en état d'invalidité ; ont la possibilité de demander le maintien des garanties du présent contrat, pendant la suspension de leur contrat de travail dans le cadre d'un contrat collectif facultatif.

Ce maintien donne lieu à paiement à la charge exclusive du participant des cotisations prévues en annexe II des présentes Conditions Générales.

Les cotisations seront recouvrées selon la périodicité indiquée sur le Bulletin Individuel d'Adhésion. En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance.

À défaut de paiement d'une seule des cotisations dans les dix jours de son échéance, l'adhésion individuelle du participant pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées. La résiliation de l'adhésion individuelle par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard.

L'adhésion individuelle non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

À l'exception des participants bénéficiant d'un maintien total de salaire versé par l'Adhérent, la Rémunération brute s'entend de la rémunération perçue au cours des 12 mois civils précédant la suspension du contrat de travail.

Si le participant ne compte pas 12 mois de présence à la date de suspension de son contrat de travail, le salaire annuel brut pris en compte est celui figurant au contrat de travail.

Le participant dont le contrat de travail est suspendu qui bénéficie d'un maintien total de salaire cotise sur la base

de celui-ci.

ARTICLE 12 – CESSATION DE L’AFFILIATION DES PARTICIPANTS

Sous réserve de l’application de l’article 13.1 des présentes Conditions Générales, l’affiliation du participant cesse de plein droit :

- soit à la date de résiliation ou de non renouvellement du contrat d’adhésion de l’employeur,
- soit à la date de sortie des effectifs,
- soit à la date de départ à la retraite, à l’exception des participants reprenant, sans interruption de fait, une activité salariée en « cumul emploi-retraite », auprès de l’Adhérent,
- et, en tout état de cause, à la date de résiliation du présent contrat.

La cessation de l’affiliation entraîne la fin des garanties.

Le participant qui bénéficiait du tiers payant s’engage, lors de son départ, à remettre à l’Adhérent sa carte de tiers payant. L’Adhérent doit la retourner à l’Institution.

L’Institution récupère auprès du participant toutes prestations indûment réglées.

La radiation du participant entraîne, à la même date, la radiation de l’ensemble des membres de sa famille.

ARTICLE 13 – MAINTIEN DES GARANTIES SANTÉ

13.1 Maintien des garanties santé au titre de la « Portabilité des droits »

CONDITIONS AU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

Sous réserve pour le participant d’être éligible à ce dispositif, l’affiliation et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires sont maintenues en cas de cessation du contrat de travail du participant à condition que la cessation résulte d’un motif autre qu’un licenciement pour faute lourde et qu’elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d’assurance chômage.

L’Institution tient à la disposition de l’Adhérent un formulaire type « Déclaration de portabilité » qu’il devra lui retourner dûment renseigné et signé pour permettre le maintien de la couverture. À défaut, l’affiliation du participant cesse de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l’Adhérent d’informer le participant du principe et de l’étendue du droit au maintien des garanties.

EFFET ET DUREE DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

L’affiliation du participant est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d’indemnisation du chômage dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu’ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois.**

La suspension des allocations du régime d’assurance chômage, pour cause de maladie ou pour tout autre motif, n’a pas d’incidence sur le calcul de la durée du maintien des garanties qui ne sera pas prolongée d’autant.

CESSATION DU MAINTIEN DE L’AFFILIATION

En tout état de cause, l’affiliation du participant cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d’assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d’une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès).
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs visée ci-après.
- en cas de résiliation du contrat d’adhésion de l’entreprise, quelle qu’en soit la cause.

OBLIGATIONS DECLARATIVES

Le participant s’engage à fournir à l’Institution :

- à l’ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d’assurance chômage,
- mensuellement, l’attestation de paiement des allocations Chômage.

GARANTIES

Le participant bénéficie des garanties au titre desquelles il était affilié lors de la rupture de son contrat de travail.

Le cas échéant, le maintien de garanties est accordé aux ayants-droit, tels que définis au contrat.

En tout état de cause, les évolutions des garanties du contrat ainsi que la résiliation de celui-ci intervenant durant la période de portabilité sont opposables au participant.

L’Adhérent s’engage à informer le participant de toute modification des garanties qui interviendrait au titre du contrat, notamment en lui remettant l’addenda modificatif de la notice d’information ou la nouvelle notice d’information établie par l’Institution.

FINANCEMENT

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité.

13.2 Maintien de garanties Santé au titre de l’article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989

Peuvent continuer à bénéficier des garanties du contrat dans le cadre d’un contrat individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques :

- les anciens salariés bénéficiaires d’une prestation d’incapacité, d’invalidité ou d’une allocation de chômage, de préretraite ou de retraite sous réserve d’en faire la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou le cas échéant dans les six mois qui suivent le terme du maintien de couverture au titre de la portabilité visée à l’article 13.1,
- les personnes garanties du chef du participant décédé sous réserve que la demande en soit faite dans les six mois suivant le décès. Dans ce dernier cas, le maintien des garanties est effectif pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès.

L’Institution adresse la proposition de maintien de la couverture dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien au titre de la portabilité ou du décès, l’Adhérent devant en informer préalablement l’Institution.

ARTICLE 14 - ASSIETTE ET MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont fixées en fonction, notamment des garanties souscrites et compte tenu des dispositions réglementaires et des bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur.

Les taux de cotisations sont mentionnés en annexe II des présentes Conditions Générales.

Les bénéficiaires des garanties sont ceux pour lesquels une cotisation est versée sous réserve de leur déclaration par le participant et de la communication à l’Institution des justificatifs visés à l’article 6.2 des Conditions Générales.

Le montant de la cotisation est prévu pour chaque personne couverte.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié.

ARTICLE 15 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Régime obligatoire :

Les cotisations sont exprimées en fonction du total des tranches de rémunération brute A et B soumises à cotisations.

Les cotisations concernant le régime obligatoire pour le participant, sont payables trimestriellement à terme échu par l'Adhérent. Elles sont payables dans les 10 jours qui suivent l'échéance.

L'Adhérent est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations vis-à-vis de l'Institution. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à l'Institution, aux différentes échéances prévues.

Sur la base de l'état nominatif annuel des salaires visé à l'article 5 des présentes Conditions générales et communiqué par l'Adhérent à l'Institution, cette dernière procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires au cours du 1^{er} semestre de l'année suivante.

À défaut de paiement des cotisations dans les 10 jours suivant leur échéance, l'Institution envoie à l'Adhérent une lettre de mise en demeure en recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, l'Institution peut engager, une procédure de recouvrement des cotisations dans le cadre d'une action contentieuse.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, l'Adhérent peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance.

En cas de non-paiement des cotisations, l'Institution en avisera la Commission paritaire nationale de suivi.

Extension facultative des membres de la famille du participant :

Les cotisations sont exprimées en fonction du plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Les cotisations concernant l'extension des garanties aux membres de la famille du participant sont recouvrées auprès du participant sur son compte bancaire selon la périodicité indiquée sur la déclaration d'affiliation.

À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de 10 jours suivant la date de son échéance, l'extension des garanties aux membres de sa famille pourra être résiliée dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. Celle-ci ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations dues doivent être payées.

La résiliation de l'extension des garanties aux membres de la famille par l'Institution ne la prive pas de la faculté de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, y compris les majorations de retard mentionnées ci-dessus.

En cas de non-paiement ou de paiement partiel des cotisations aux échéances, le participant peut se voir appliquer des majorations de retard fixées au taux annuel de 2,6% et courant, à compter de l'échéance.

La couverture de l'extension facultative non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'Institution les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement

ARTICLE 16 - RÉVISION DES COTISATIONS ET/OU DES GARANTIES PAR L'INSTITUTION

Les modifications apportées au contrat font l'objet d'un avenant adressé à l'Adhérent par l'Institution.

16.1 Modifications du régime conventionnel

Lorsque les partenaires sociaux apportent des modifications au régime conventionnel, le présent contrat est modifié en conséquence.

16.2 Modifications du cadre législatif et/ou réglementaire

Le niveau des garanties ainsi que les taux de cotisations ont été définis en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur à la date de leur prise d'effet.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent être modifiées par l'Institution après accord des partenaires sociaux en fonction de l'évolution de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité Sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement et à la fiscalité.

ARTICLE 17 - RÉSILIATION DU CONTRAT D'ADHÉSION

CAS ET CONDITIONS DE RESILIATION

Outre le cas de la dénonciation annuelle décrit à l'article 4 des présentes Conditions Générales, l'adhésion au contrat peut être résiliée dans le cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde de l'ADHERENT

Conformément à l'article L. 932-10 du Code de la Sécurité Sociale, en cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde de l'Adhérent, la résiliation du contrat d'adhésion peut être décidée par l'Institution dans un délai de 3 mois à compter de la date du jugement d'ouverture de la procédure.

La résiliation prendra effet 10 jours après la réception ou la première présentation du courrier recommandé informant de celle-ci.

EFFET DE LA RESILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT D'ADHESION

Vis-à-vis de l'ADHERENT

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'adhésion, l'Adhérent n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de l'Institution et sur ses différents fonds de réserve.

Le débiteur des cotisations reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des différents frais y afférents.

Vis-à-vis du PARTICIPANT ou de ses ayants-droit

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat d'adhésion de l'Adhérent met fin aux garanties.

Les demandes de remboursements de soins adressées à l'Institution après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes de la Sécurité Sociale soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions de l'article 10.3 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 18 - RECOURS - PRESCRIPTION

RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, à l'exclusion du cas de décès, la victime ou ses ayants-droit donnent de plein droit subrogation à l'Institution dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. L'Institution se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce en application des dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants-droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des

coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, l'Institution n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants-droit.

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Institution en a eu connaissance,**
- **en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.**

Lorsque l'action de l'Adhérent ou des bénéficiaires contre l'Institution a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou les bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,**
- **la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,**
- **un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter :

- **en vue d'obtenir le paiement de cotisations, de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par l'Institution à l'Adhérent, lorsque celui-ci assure le précompte de la cotisation au titre du contrat collectif ou au Participant, lorsque l'Adhérent n'assure pas ce précompte.**
- **de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception par le Participant ou ses ayants droit à l'Institution en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.**

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais visés ci-dessus ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES

CONFIDENTIALITE

Chacune des parties s'engage envers l'autre à préserver, pendant la durée du contrat d'adhésion et après son extinction pour une durée de cinq années, la stricte confidentialité de toutes les informations techniques ou financières qu'elles auront pu se communiquer ou dont elles auront pu avoir connaissance à l'occasion de l'exécution du contrat.

En particulier, l'Institution s'engage envers l'Adhérent à conserver la stricte confidentialité des informations concernant l'organisation de ses ressources humaines.

PROTECTION DES DONNEES CARACTERE PERSONNEL

Les données à caractère personnel concernant le Participant sont collectées et traitées pour les besoins de la gestion du présent contrat, dans le respect des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données à caractère personnel. Les données sont destinées exclusivement aux entités composant le groupe Humanis ainsi qu'aux partenaires du Groupe en charge d'activités confiées par ce dernier.

Ces données sont conservées pour une durée n'excédant pas deux années après la fin de la relation contractuelle liant le Participant et le Groupe Humanis.

Conformément aux dispositions légales précitées, le Participant dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel à exercer par courriel à contact-cnii@humanis.com ou par

lettre à l'adresse suivante : Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debacq – 45777 Saran Cedex. Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité. Il dispose également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement des données le concernant.

Le cas échéant, les bénéficiaires du Participant disposent des mêmes droits concernant leurs données à caractère personnel qu'ils peuvent exercer dans les conditions précédemment citées.

Le groupe Humanis prend les mesures conformes à l'état de l'art afin d'assurer l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données à caractère personnel, conformément aux dispositions légales susvisées.

PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TELEPHONIQUE

Le Participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société OPPOSETEL, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 TROYES.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à l'Institution de démarcher téléphoniquement le Participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de l'Institution, à l'adresse mentionnée à l'article 30, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

ARTICLE 20 - RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

L'Institution met à la disposition de l'Adhérent et des Participants la possibilité de contacter le service « Satisfaction Clients » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse suivante :

HUMANIS Prévoyance
Satisfaction Clients
303, rue Gabriel Debacq
45 777 SARAN Cedex
Tél : 0 969 39 08 33 (appel non surtaxé).

A compter de la réception de la réclamation, l'Institution apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, l'Institution lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Institution et après épuisement des voies de recours internes, l'entreprise, le Participant, les bénéficiaires ou les ayants droit, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Institution, peuvent saisir le Médiateur de la protection sociale (du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérès – 75008 PARIS
<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>

L'avis du médiateur de la protection sociale est remis aux parties dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet. Ce délai peut être prolongé par le médiateur en cas de litige complexe, conformément à la charte de médiation du CTIP disponible sur le site internet susvisé.

ARTICLE 21 - CONTRÔLE DE L'INSTITUTION

L'Institution est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 9.

POUR MIEUX SE COMPRENDRE

Actes Hors Nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Bénéficiaire : participant et, le cas échéant, ses ayants-droit dans les conditions définies aux présentes Conditions Générales.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres lui permettant d'accéder au secteur 2 ; ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

Contrat Solidaire : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Contrat Responsable : Contrat collectif ayant pour objet le remboursement de Frais de Santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application.

Montant Remboursé par la Sécurité Sociale (MR) : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité Sociale.

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

OPTAM / OPTAM-CO : Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016 et afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

- « dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée »,
- « OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) / OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique)»
- et « non OPTAM/ non OPTAM CO ».

Le dispositif de Contrat d'Accès aux Soins, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans, s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS – OPTAM/ OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

Plafond de la Sécurité Sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de Sécurité Sociale et prévu aux articles L. 241-3 et D. 242-17 du Code de la Sécurité Sociale et modifié chaque année par arrêté.

Rémunération brute : Sommes et avantages perçus par le participant assujettis à charges sociales dans les conditions prévues à l'article L. 242-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Sécurité Sociale : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Tarif forfaitaire de responsabilité : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale pour le princeps d'un médicament (original d'un médicament) ainsi que pour les médicaments génériques qui y sont rattachés.

Ticket Modérateur : Part des frais de santé non remboursée par le régime d'assurance maladie obligatoire en application de l'article L. 322-2 I du Code de la Sécurité Sociale.

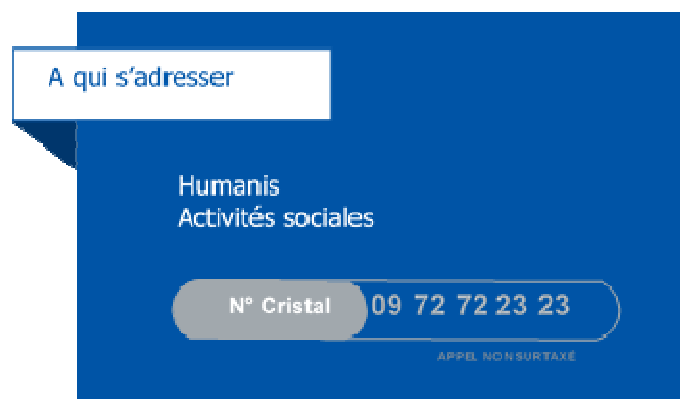
L'ACTION SOCIALE : UNE DIMENSION HUMAINE

Nos équipes, composées de professionnels de l'action sociale, sont à votre disposition en cas de difficultés consécutives à un problème de santé, de handicap ou d'invalidité.

Au-delà de l'écoute et du soutien, elles peuvent selon les situations :

- ✓ orienter vers des organismes compétents pour apporter leur concours à l'obtention de droits ou la résolution de difficultés,
- ✓ conseiller sur les démarches à entreprendre,
- ✓ étudier la possibilité d'une aide financière, en fonction de votre situation économique et sociale.

Ces aides ne sont pas systématiques. Elles ne peuvent en aucun cas être assimilées à un complément des garanties contractuelles.



A qui s'adresser

Humanis
Activités sociales

N° Cristal 09 72 72 23 23

APPEL NON SURTAXÉ